ESSAI

N° 35.

5.

SUR

L'INSERTION DU PLACENTA

A L'ORIFICE UTÉRIN.

Dissertation inaugurale

PRÉSENTÉE ET PUBLIQUEMENT SOUTENUE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE DE MONTPELLIER, LE 10 AVRIL 1837;

PAR

François-Marcel Perichon,

De Vienne (Isère);

Pour obtenir le Grade de Docteur en Médecine.

(*Pauca quæ vidi, et quæ legi, liceat mihi referre.*)

MONTPELLIER,

IMPRIMERIE DE VEUVE RICARD, NÉE GRAND, PLACE D'ENCIVADE, N° 3.

1837.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A MA MÈRE.

Toi qui as veillé sur moi avec tant de sollicitude, toi dont l'amitié a entouré de soins mon jeune âge, et que ma jeunesse et mon avenir ont si péniblement préoccupée, accepte l'offre de mon travail comme une faible récompense de ce que tu as fait pour moi.

A MON ÉPOUSE.

Jeune encore, tu n'as pas craint d'unir ta destinée à la mienne; sans assurance pour l'avenir, tu n'as consulté que ton cœur; reçois aujourd'hui le témoignage de ma reconnaissance.

A MA BELLE-MÈRE.

Attachement inaltérable.

A MA BONNE SOEUR.

Amitié sans bornes.

A MES BEAUX-FRÈRES ET BELLES-SŒURS.

Amitié sincère.

F.-M. PERICHON.

ESSAI

SUR

L'INSERTION DU PLACENTA

A L'ORIFICE UTÉRIN.

En confiant à la femme la plus grande partie de l'acte de la reproduction, la nature l'a exposée à des accidents tellement graves, qu'elle semble s'être montrée injuste envers cet être digne de tant d'intérêt. Parmi ceux-ci, il en est un qui doit fixer toute l'attention du chirurgien, tant par les craintes qu'il fait naître sur le sort

de la mère, que par les dangers qu'il fait courir à l'enfant : c'est l'insertion du placenta au col de l'utérus.

L'insertion du placenta au col de l'utérus, une des plus rares que cet organe puisse contracter, n'est connue que depuis la fin du 17me siècle : Paul Portal est le premier qui nous ait révélé son existence; et le célèbre Levret vint dissiper les doutes que conservaient encore quelques auteurs, sans cependant pouvoir convertir Deventer et son commentateur, de la vérité de ses observations. Pour nous, moins sceptiques que ces derniers, et convaincus par les écrits de tous ceux qui ont illustré l'art des accouchements, nous allons étudier cette adhérence dont l'existence aujourd'hui ne saurait plus être mise en doute ; nous parlerons : 1° des causes qui ont pu la produire ; 2° des signes à l'aide desquels on peut la reconnaître ; 3° du diagnostic ; 4° du pronostic ; et enfin de son traitement que nous diviserons en palliatif et curatif.

CAUSES.

Osiander (1) a cru pouvoir assigner pour cause de cette fâcheuse insertion, la marche, la course, la station verticale ou assise, le relâchement naturel ou accidentel de l'utérus, la chute de l'œuf en vertu de sa pesanteur spécifique au col de l'utérus après la conception. Toutes ces causes nous paraissent dénuées d'aucun fondement solide ; aussi n'en ferons-nous point ici le sujet d'un plus ample examen.

SIGNES.

Le toucher et l'hémorrhagie sont les deux moyens à l'aide desquels on peut s'assurer de la présence de l'arrière-faix au col de

---

(1) *De natura et caus. ins. plac.*

l'utérus. Le toucher est le seul signe sensible ; l'hémorrhagie est un signe probable, mais qui emprunte, à la cause qui l'a produite, les caractères qui lui sont propres.

Toucher. — Avant de le pratiquer, il est à propos d'évacuer les urines et les gros excréments, afin de pouvoir mieux s'assurer de la position et de l'état de la matrice. Cela fait, et la femme étant couchée sur le dos, si rien ne s'y oppose, on lui fera fléchir le tronc et les cuisses sur le bassin, afin de mettre les muscles abdominaux dans un état de relâchement. On placera une main sur l'abdomen, en dessous de l'ombilic, en comprimant dans le sens du détroit supérieur ; on introduira alors la main (qu'on aura eu soin de lubréfier, afin d'éviter les douleurs que la présence de celle-ci ne manquerait pas d'occasionner) dans le vagin, dans le sens de sa direction; on portera l'indicateur en avant et en haut, afin de s'assurer de l'état de l'orifice ; on sentira alors un corps mou, spongieux, lobulé, qu'on distinguera des membranes par son épaisseur, et des caillots par la mollesse et la friabilité de ces derniers. Le toucher peut ne pas toujours éclairer le chirurgien : 1° si l'orifice est encor peu dilaté et que le col conserve encore toute sa rigidité ; 2° s'il se trouve fort élevé dans le bassin, et que le périnée soit fort étendu en avant ; 3° si la présence des caillots dans le canal vulvo-utérin s'oppose à l'introduction du doigt, il serait imprudent de s'obstiner à rechercher la place qu'occupe le délivre. Ce signe devenant alors pour nous d'une inutilité complète, il faudra recourir à l'hémorrhagie, ou attendre qu'un changement se soit opéré dans ces parties. On ne saurait être trop sobre de cette opération : l'introduction de la main dans le vagin et sa présence au voisinage de l'utérus pouvant occasionner le déplacement de caillots salutaires, et les contractions de cet organe donneraient lieu à une hémorrhagie dont on ne saurait prévoir les suites.

Le sthétoscope a été conseillé, dans ces derniers temps, par M. Kergaradec, pour reconnaître le lieu d'insertion du placenta, et pour entendre les battements du cœur de l'enfant renfermé dans le sein maternel. Je ne pense pas que le cylindre appliqué sur l'abdomen

puisse servir à diagnostiquer l'insertion du placenta sur l'orifice de la matrice ; je le crois trop profondément situé, pour que le léger bruit de soufflet qui caractérise son insertion sur tel ou tel point de la cavité utérine puisse, dans ce cas, frapper l'oreille la plus délicate. On pourrait peut-être retirer quelque avantage de ce moyen, en appliquant immédiatement sur le col le sthétoscope, après l'avoir introduit par le vagin.

Hémorrhagie. — C'est du sixième au septième mois qu'a lieu son apparition. C'est effectivement l'époque où le col commence à diminuer de longueur, et l'orifice interne à s'élargir. Pendant les six premiers mois de la grossesse, le col de l'utérus reste dans un état stationnaire ; le corps seul de cet organe semble se développer en même temps que le fœtus. Mais à dater de ce moment, son rôle devient éminemment actif ; il sort de l'état d'inaction où il était resté durant cette période, il s'amincit, s'évase, et prépare ainsi un passage à l'enfant. C'est pendant ce temps d'évasement permanent et insensible que les surfaces du placenta et du col s'abandonnent ; la rupture des vaisseaux utéro-placentaires devient alors la conséquence forcée de la séparation de ces surfaces, et c'est alors aussi que les pertes sanguines se manifestent.

Il s'en faut cependant que ces pertes aient toujours lieu à cette époque ; ce n'est assez souvent qu'au huitième ou au neuvième mois, ou bien encore peu de temps avant ou au moment du travail qu'elles se manifestent. Bien qu'au sixième mois de la grossesse, le col commence à fournir à la matrice sa part d'agrandissement, la dilatation est si lente alors, et son ouverture externe encore si resserrée, qu'en admettant la rupture des vaisseaux placentaires, elle ne peut se faire que par degrés insensibles et dans une petite étendue ; qu'ainsi la formation d'un caillot doit déterminer la cessation de l'hémorrhagie. L'apparition, la durée et la violence des pertes de sang sont toujours en rapport direct avec le temps de la grossesse, la position qu'occupe le placenta par rapport à l'orifice, et les progrès de dilatation de ce dernier.

Lorsque l'arrière-faix est très-volumineux, et que son centre cor-

respond à celui du col, que la femme a déjà eu plusieurs enfants, l'hémorrhagie se montre de meilleure heure. Lorsqu'au contraire, elle est primipare, que le délivre ne correspond au col que par un des points de sa circonférence, l'hémorrhagie n'a lieu qu'à une époque plus éloignée, et quelquefois au moment de l'accouchement.

DIAGNOSTIC.

On peut diviser l'hémorrhagie qui survient pendant la grossesse en hémorrhagie des premiers mois, et en hémorrhagie des derniers mois. Cette division seule indique déjà une différence dans les causes qui ont pu la produire ; celle des premiers temps de la grossesse peut être attribuée, soit à un molimen hémorrhagique, soit à une violence extérieure quelconque. Bien que ces causes puissent agir à toutes les époques, on a observé l'hémorrhagie plus fréquemment pendant la première période de la grossesse, c'est-à-dire pendant les six premiers mois, et rarement plus tard. Elle s'annonce généralement par un mouvement fébrile, un état de pléthore général, des douleurs à l'utérus, aux lombes, la rougeur de la face, la sécheresse de la gorge, enfin le sentiment d'un poids incommode dans la région utérine. Celles qui sont le résultat de secousses violentes sont précédées d'un sentiment de malaise général, de déchirures, de craquements dans l'organe utérin. A ces symptômes on peut joindre les précédents. Ils n'ont cependant rien de constant, et manquent fort souvent. L'époque seule de l'apparition nous restera donc à envisager comme un indice de la cause probable de l'hémorrhagie. Celle qui est la conséquence de l'implantation des secondines à l'orifice n'a jamais lieu avant la fin du cinquième, ou vers le commencement du sixième mois, époque où un changement commence à s'opérer dans sa dilatation. D'autres fois ce n'est qu'à une époque plus avancée de la grossesse que les pertes surviennent ; dans ce cas, l'introduction du doigt nous en fera reconnaître la cause. Que les pertes aient lieu au sixième mois ou dans l'intervalle qui sépare ce temps de l'accouchement, elles

apparaissent le plus souvent sans symptômes précurseurs; quelquefois c'est pendant le repos absolu ou pendant le sommeil qu'elles se manifestent, sans qu'aucune cause apparente vienne justifier leur présence. D'autres fois un sentiment de craquement, de déchirure les aura précédées. Le tiraillement occasionné par la dilatation du col paraît en donner la raison. Enfin, l'apparition de la perte pendant les contractions utérines ne peut laisser de doute sur la présence du placenta à l'orifice utérin; le caractère que revêt l'hémorrhagie ne peut fournir aucun renseignement, soit que l'écoulement ait lieu goutte à goutte, soit que le sang s'échappe avec impétuosité.

PRONOSTIC.

L'adhérence contre nature du placenta à l'orifice utérin est toujours un accident grave, et souvent funeste à la mère ou au fœtus, et quelquefois même à tous les deux. Le danger qui en résulte est subordonné à sa situation à l'égard de l'orifice.

Si le délivre n'adhère que par un point de sa circonférence, et que les surfaces en contact soient peu étendues, la formation d'un caillot fera cesser l'hémorrhagie, et prolongera la grossesse jusqu'à son terme naturel. L'expulsion du fœtus pourra même avoir lieu sans qu'on ait à redouter des dangers assez graves pour compromettre l'existence de l'un et de l'autre. Mais si les deux centres se correspondent, on espérerait vainement un pareil résultat; l'hémorrhagie et les moyens auxquels on est forcé parfois de recourir, occasionnent trop souvent la mort de tous les deux. La formation d'un caillot entre les surfaces désunies par la dilatation pourra bien arrêter momentanément l'hémorrhagie, mais la cause qui l'a produite agissant toujours progressivement, elle reparaîtra de nouveau et avec plus d'abondance; et si l'accouchement n'avait pas lieu prématurément, la femme, épuisée par la quantité de sang qu'elle aura perdu, ne tardera pas à succomber. Enfin, si le placenta est entièrement décollé, et qu'il s'échappe avant le fœtus, la circulation utéro-placentaire ne se faisant plus, l'enfant périra subitement.

Si le sang coule goutte à goutte ou en petite quantité, la femme ne s'épuise qu'avec lenteur; les membres s'œdématient; il survient des bouffisures à la face; les joues s'infiltrent, les lèvres pâlissent, et la peau devient d'un jaune blafard.

Si le sang coule avec abondance, le pouls devient intermittent; des syncopes surviennent et ne quittent plus la malade; la respiration commence à subir l'influence de cet état morbide, elle s'embarrasse; la dilatation de la poitrine ne se fait qu'avec difficulté; le corps se couvre d'une sueur froide; on voit disparaître promptement la chaleur habitueuse et les forces musculaires; la femme perd ses facultés intellectuelles; dans l'un et l'autre cas, l'ensemble de ces symptômes devant faire craindre pour les jours de la mère, et par conséquent pour ceux de l'enfant, le chirurgien ne saurait trop hâter la délivrance. Nous allons examiner rapidement tous les moyens qui ont été conseillés, et choisir parmi ceux-ci ceux qui nous auront paru les plus convenables.

TRAITEMENT.

Si les causes qui déterminent l'insertion du placenta sur le col nous étaient connues, peut-être nous serait-il facile de prévenir un accident si fâcheux. Malheureusement nous sommes dépourvus de toute connaissance à cet égard, et par là même obligés d'attendre que les accidents se présentent pour les combattre. Aussi la maladie qui nous occupe n'a-t-elle pas, à proprement parler, de traitement prophylactique.

La saignée, dans les cas de pléthore, le repos le plus absolu et l'éloignement de tout mouvement qui déterminerait la rupture des adhérences utéro-placentaires, peuvent bien retarder l'apparition de l'hémorrhagie, diminuer sa fréquence, la rendre moins brusque et moins considérable, mais ils ne l'empêcheront jamais. Elle est inévitable, suivant l'expression de tous les auteurs qui ont traité de cette matière.

En analysant les divers moyens proposés contre les pertes de sang qui suivent l'insertion du placenta sur le col utérin, nous avons cru pouvoir les rapporter à deux ordres : moyens palliatifs et moyens curatifs.

Moyens palliatifs. Tant que le travail n'est pas établi, lorsque l'hémorrhagie a lieu dans les premiers mois de la grossesse, tous les efforts du chirurgien doivent tendre à prévenir l'avortement, et reculer, autant que possible, l'époque à laquelle il doit avoir lieu. Le calibre des vaisseaux étant dans une proportion exacte avec le col de l'utérus, il en résulte nécessairement que moins ce dernier est développé, moins les sinus utérins présentent d'étendue, et par conséquent plus il est facile d'obtenir la cessation de la perte. La rigidité, l'étroitesse du col, sont déjà une circonstance favorable; et si, comme l'expérience et le raisonnement nous l'ont démontré, nous n'avons rien à redouter d'une hémorrhagie interne (1), le tamponnement est, sans contredit, le meilleur moyen d'empêcher la mort de la mère et de conserver le produit de la conception. Il y avait long-temps que ce procédé, recommandé par Hippocrate, Moschion, Paul d'Egine, et, depuis, Portal, Louise Bourgeois, etc., était tombé dans l'oubli, lorsque Leroux, de Dijon, vint de nouveau en préconiser l'usage. Quelles que soient les craintes qu'on ait élevées contre l'emploi de ce moyen, il opposera une digue assurée contre le cours du sang. En le modifiant suivant les circonstances, on pourra, dans le plus grand nombre des cas, en obtenir des résultats différents,

---

(1) A l'hospice de la Maternité, dans une pratique des plus étendues et des plus variées, l'hémorrhagie interne ne s'est jamais montrée; Mme Lachapelle nie non-seulement sa possibilité pendant la grossesse, soit entre le placenta et l'utérus, soit dans l'intérieur des membranes, mais encore qu'elle puisse avoir lieu pendant le travail, parce qu'il faudrait supposer qu'une inertie complète succède aux premiers efforts, et qu'elle permet à l'utérus de se distendre : « On remarquera, dit-elle, que cet organe, contenant encore le fœtus, est déjà fortement distendu, et qu'il ne peut, même dans la plus complète inertie, s'élargir davantage. »

affaiblir l'irritation qu'il détermine sur l'utérus, et par suite rendre nulles ou à peu près nulles les contractions qu'il provoque. Le docteur Kok a prouvé que le tamponnement n'était pas toujours suivi de la sortie du fœtus; il cite plusieurs observations où l'on voit que le tampon, appliqué à des époques assez avancées, a conduit la grossesse à son terme naturel. Ces observations, et un grand nombre d'autres dont l'authenticité ne peut être contestée, changeront sans doute les idées des accoucheurs sur la nécessité de l'accouchement forcé. On calculera avec plus de soin les dangers de l'avortement comparés aux avantages d'une grossesse à terme, ou voisine de cette époque. En agrandissant ainsi la sphère de ces considérations, l'accoucheur multipliera le nombre des indications qu'il devra se proposer. Il évitera des dangers à la mère, et tâchera de conserver le fruit de la conception. Quoique l'hémorrhagie soit le but vers lequel doivent tendre tous ses efforts, il modifiera ses moyens suivant qu'il n'aura pas à craindre un accouchement prématuré, ou qu'il voudra éviter un avortement nuisible et contre-indiqué.

Jusqu'à présent, pour arrêter les pertes utérines, les chirurgiens se sont généralement servis d'étoupes, de charpie, de coton, de laine, d'amadou, de fragments de linge déchiré, en un mot, de tout ce qui s'est trouvé le plus promptement sous leurs mains. Ils en ont rempli le vagin, sans tenir compte de l'irritation qu'ils devaient amener, sans distinguer les cas où l'accouchement pouvait être favorable de ceux où on devait l'empêcher. Trop préoccupés de l'idée fondamentale que l'accouchement était le seul moyen de salut, que le tampon déterminait constamment les contractions utérines, c'était pour eux un avantage de l'employer. Ils n'ont pas cherché à diminuer ses propriétés irritantes; cependant il était plus rationnel, plus médical, si je puis m'exprimer ainsi, d'examiner les circonstances où l'on n'a pas à redouter cette irritation, où il y a même quelque avantage à la produire et à la distinguer de celles où elle doit être regardée comme un accident grave.

Dans les premiers mois de la grossesse, à moins que l'hémorrhagie ne soit très-considérable, et qu'elle n'ait produit des symptômes d'une

débilité extrême, qui ne laisserait d'autre espoir de sauver la mère que l'extraction de l'enfant, un sage praticien se tiendra toujours en garde contre l'avortement comme devant un acte criminel; il devra rejeter tout cet échafaudage de substances astringentes inutiles dont on a surchargé les pièces d'appareil, et tous ces corps dont la dureté est toujours une cause d'excitation.

On a proposé, dans ces derniers temps, de se servir d'une vessie de cochon ou de bœuf, qu'on introduit dans le vagin, la remplissant d'eau ou d'air atmosphérique; ce moyen nous semble préférable. En effet, la compression est plus facile; elle se fait d'une manière plus égale et moins douloureuse; par ce moyen, le tamponnement a tous les avantages des précédents, moins leurs inconvénients. Il n'est guère susceptible d'exciter la contraction de l'utérus; il détermine, par conséquent, la rupture d'un moins grand nombre de vaisseaux, et met la femme en état de parvenir au terme de sa grossesse. Il est à peine utile de dire qu'on aidera le tamponnement en faisant observer le repos le plus exact dans la supination; en tirant du sang du bras, si la femme est pléthorique; en calmant les douleurs et l'agitation au moyen des antispasmodiques; en évitant avec soin tous les stimulants, et tout ce qui peut occasionner l'agitation de l'esprit ou du corps.

Si l'hémorrhagie continuait malgré ce moyen; si elle menaçait la malade des symptômes d'une débilité extrême, on emploierait avec avantage les lotions astringentes sur la région des cuisses et du pubis. Les applications d'eau glacée sont quelquefois utiles; mais elles préparent souvent de fâcheux accidents : des horripilations, des convulsions, etc. La facilité avec laquelle le froid occasionne ces accidents étant relative à l'état de sensibilité de l'individu sur lequel il est appliqué, il est impossible de déterminer positivement jusqu'à quel degré il peut être utile à la mère sans nuire à l'enfant. Le motif pour lequel on doit se défier de l'usage des réfrigérants, c'est la prédisposition qu'il laisse à la récidive de l'hémorrhagie, à cause de la réaction qui suit ordinairement ses effets.

Lorsque l'hémorrhagie ne s'annonce que vers la fin de la grossesse, la perte est toujours très-considérable, mais le col de l'utérus est déjà

disposé à un accouchement prématuré, qui, d'ailleurs, diffère peu de l'accouchement à terme, puisque l'enfant est viable dans les deux cas; lorsque les accidents ou les douleurs plus grandes peuvent être comparés au danger de l'hémorrhagie, il n'y a rien qui puisse empêcher le médecin de recourir au moyen le plus efficace, selon les auteurs, l'extraction. Cependant, doit-il se livrer de suite aux manœuvres de cette opération? chercher avec la main à dilater le col, etc.? Je pense, au contraire, que le tamponnement trouve encore ici son application; seulement on peut être moins sévère sur le choix des moyens, car alors il ne s'agit pas d'éviter l'accouchement, mais de faire en sorte qu'il puisse se terminer sans danger pour la mère. Par l'excitation qu'il procure, il favorise les contractions de l'utérus et la dilatation de son orifice, bien mieux et plus doucement que ne le ferait l'accoucheur à l'aide de ses doigts; il permet de choisir le moment favorable pour l'accouchement, et de prévenir les phénomènes accidentels d'une couche prématurée.

Duncan assure avoir retiré les plus grands avantages de l'administration de l'opium à hautes doses; ce remède, dit-il, calme l'irritation, apaise le vomissement qui accompagne ordinairement cette maladie, et produit en même temps, sur le système de la malade, une espèce d'apathie ou d'engourdissement qui rend ensuite le traitement curatif plus facile.

Moyens curatifs. — Le traitement curatif ne pouvant avoir lieu qu'en débarrassant la femme du produit de la conception, on conçoit, d'après ce que nous avons dit, qu'il ne doit être employé que dans les cas où il n'y aurait pas avortement, mais accouchement prématuré. Il se compose de la rupture de la poche des eaux, de la version, et de l'application du forceps.

Ouverture de la poche des eaux. Les écrits de Puzos, de Mauriceau, Deventer, Dionis, ont tellement préconisé la rupture de la membrane amniotique, dans les pertes utérines, que la plupart des auteurs en ont étendu l'usage jusque dans les cas où l'insertion du placenta se présentait sur l'orifice de la matrice. Millot recommande d'y arriver à l'aide d'un trois-quarts.

Avant d'adopter la pratique d'évacuer les eaux, on aurait dû, dit un accoucheur célèbre (1), examiner si cette évacuation accélérait ou retardait l'expulsion de l'enfant; si on peut compter sur cette opération comme sur un moyen certain de supprimer immédiatement l'hémorrhagie; enfin, si elle n'augmente pas les difficultés de l'accouchement. Quel que soit le motif qui détermine à faire la ponction des membranes pour avancer le travail, cette opération est toujours dangereuse; car il s'est passé quelquefois quinze jours avant que l'utérus ait essayé de se contracter. On ne peut donc prononcer avec certitude que la perforation des membranes déterminera aussitôt les contractions. D'un autre côté, on a observé que, bien que, dans certaines circonstances, les douleurs paraissent plus fréquentes, et qu'elles semblent augmenter d'intensité, le travail en est toujours très-lent; et comme le fœtus n'est pas poussé avec autant de force que la violence des douleurs devrait le faire attendre, on a été conduit à penser que l'utérus ne jouissait que d'une contraction spasmodique occasionnée par le contact immédiat de ses parois sur le corps de l'enfant.

L'écoulement des eaux, loin de diminuer l'hémorrhagie, doit, au contraire, l'augmenter, parce que l'orifice se dilatant de plus en plus, détruit les adhérences de cette masse spongieuse; et, en supposant encore que les contractions utérines, en poussant le corps de l'enfant contre l'orifice de la matrice, étreignent le placenta de manière à faire cesser l'hémorrhagie, elle ne tardera pas à reparaître avec la cessation des douleurs. Si l'enfant se présente dans une mauvaise position, quelle difficulté ne rencontrera pas le chirurgien dans cette opération? Il faudrait, pour que ce précepte fût applicable, que la perte fût modérée, les secondines greffées sur un des bords ou au voisinage du col, l'orifice dilaté, la poche volumineuse, et que le fœtus, s'engageant dans une position favorable, présentât une des extrémités de son ovoïde. On pourrait seulement alors vider les membranes au

(1) Duncan Stewart, p. 216.

commencement d'une contraction, afin que l'effort qui se continue en même temps que les eaux s'écoulent, agisse sur le corps de l'enfant, et pousse la tête ou les pieds dans l'orifice de l'utérus. Il est si difficile de distinguer la position du fœtus, l'accouchement naturel est chose si douteuse, qu'il sera toujours plus rationnel de ménager la poche des eaux pour aller chercher les pieds.

Version. Lorsqu'on se dispose à faire la version, après avoir adouci la main à l'aide d'un corps gras ou mucilagineux, on l'introduira avec précaution dans le vagin, en forme de cône, en lui faisant décrire des mouvements de demi-rotation et dans le sens du détroit inférieur, pendant les contractions utérines. On attendra, au contraire, l'absence de ces dernières pour pénétrer dans la cavité de la matrice. Mais avant de songer à terminer l'accouchement, il faut que les parties de la mère soient dilatées ou dilatables, de telle sorte qu'après avoir introduit la main dans l'orifice, on puisse, sans user de violence, et sans forcer outre-mesure la résistance du col, pénétrer dans l'utérus. On cherchera alors la place qu'occupe le placenta. Si ce dernier n'est adhérent que par un des points de sa circonférence, s'il existe un décollement partiel, ou s'il n'en existe pas, on le décollera du côté où l'un des bords sera le plus rapproché de l'orifice, ayant soin toutefois de ne pas le faire trop largement, afin que, pendant les manœuvres, l'enfant reçoive encore l'aliment nutritif par une assez large surface. On ouvrira alors les membranes, et on procédera à la recherche des pieds qu'on amènera à la vulve. On opérera alors de légères tractions jusqu'à ce que les fesses viennent distendre l'orifice et fermer les sources de l'hémorrhagie. Arrivé à ce point, on pourra, dans quelques cas seulement, confier à la nature le soin de la délivrance.

Lorsque le placenta est greffé centre pour centre, et qu'on n'a pu détruire les adhérences que celui-ci a contractées avec le col de l'utérus, on a conseillé de pénétrer dans cet organe à travers la substance du délivre. La lésion des principales branches du cordon, qui accompagne presque constamment cette opération, est déjà une circonstance assez grande pour qu'on y réfléchisse mûrement avant de

la tenter. Les dangers qu'elle fait courir à l'enfant, en interrompant la circulation placentaire, devraient seuls s'opposer à ce que le chirurgien la mît en pratique, si une autre complication fâcheuse ne venait encore rendre l'expulsion du fœtus plus difficile. L'épaisseur du placenta diminuant le diamètre de l'orifice et opposant toujours aux épaules une résistance quelquefois assez difficile à vaincre, devra faire rejeter ce moyen. Il serait plus convenable, s'il restait encore quelques forces à la malade, d'attendre que de nouvelles contractions, en détruisant une partie des adhérences, permettent le décollement du placenta. Car on a vu quelquefois cette masse spongieuse précéder la sortie du fœtus, et la mort de ce dernier en être la conséquence. On ne devra donc tenter cette opération que dans le cas où la malade, épuisée par une perte trop abondante, n'offrirait que cette chance de salut.

Application du forceps. L'application du forceps ne devra être tentée que lorsque la tête sera engagée en partie au détroit supérieur; car si elle se trouvait au-dessus de ce détroit, elle serait trop difficile et souvent dangereuse. Il n'y a pas dans ce cas de choix à faire : car il est impossible de repousser celle-ci pour aller chercher les pieds; cette opération devient donc d'une nécessité indispensable. Après avoir détaché un des bords du placenta, on fait cette application selon les règles voulues, et l'on procède à l'extraction de l'enfant. Après ce premier accouchement, l'extraction des membranes et du placenta se fait en général sans difficulté. La matrice revient sur elle-même, les parois des sinus se rapprochent, et les pertes de sang sont définitivement arrêtées.

Si le placenta conservait encore quelques adhérences, et qu'il tardât à être expulsé, il faudrait procéder à son extraction, soit en exerçant des tractions dans le sens du cordon, soit en introduisant la main entre lui et l'utérus.

FIN.

FACULTÉ DE MÉDECINE
DE MONTPELLIER.

PROFESSEURS.

MM. CAIZERGUES, Doyen, *Examinateur*. Clinique médicale.
BROUSSONNET. Clinique médicale.
LORDAT. Physiologie.
DELILE. Botanique.
LALLEMAND. Clinique chirurgicale.
DUPORTAL. Chimie.
DUBRUEIL. Anatomie.
DUGÈS. Path. chir., opérations et appareils.
DELMAS. Accouchements.
GOLFIN, *Président*. Thérapeutique et Matière médicale.
RIBES, *Suppléant*. Hygiène.
RECH. Pathologie médicale.
SERRE. Clinique chirurgicale.
BÉRARD, *Examinateur*. Chimie médicale-générale et Toxicol.
RENÉ, *Examinateur*. Médecine légale.
N..... Pathologie et Thérapeutique générales.

PROFESSEUR HONORAIRE.

M. Aug.-Pyr. De CANDOLLE.

AGRÉGÉS EN EXERCICE.

MM VIGUIER.
KUHNHOLTZ.
BERTIN.
BROUSSONNET fils, *Suppl.*
TOUCHY.
DELMAS fils.
VAILHÉ.
BOURQUENOD.

MM. FAGES, *Examinat.*
BATIGNE, *Examin.*
POURCHÉ.
BERTRAND.
POUZIN.
SAISSET.
ESTOR.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.